



Helse- og omsorgsdepartementet - HOD

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse: 23/03319-2
Arkivkode: ---
Saksbehandler: Anne Gamme
Deres referanse: 23/2595
Dato: 01.11.2023

Høring - Rapport fra ekspertutvalg som skulle evaluere vilkåret om manglende samtykkekompetanse for bruk av tvang i psykisk helsevern - Samtykkeutvalet «Bedre beslutninger – bedre behandling».

Innledning

Utvalget anbefaler totalt 33 anbefalinger og forslag til tiltak, hvorav 19 er administrative og 14 er juridiske. KS kommenterer ikke alle, men vil i det følgende gi tilbakemeldinger på enkelte av forslagene både av juridisk og administrativ art.

Aller først er det grunn til å berømme utvalgets arbeid for en grundig og klar fremstilling av et komplisert tema med mange interesse motsetninger og vanskelige juridiske avveininger. Vi er også svært positive til at utvalget har valgt å kommentere at den nåværende tvangslovgivningen er fragmentert og vanskelig anvendbar for pasienter, pårørende, helsepersonell og tilsynsorganer. Det har KS også påpekt flere ganger, og at forslagene fra Tvangsbegrensningsutvalget dessverre ikke bidrar til klargjøring og forenkling. KS vil ta utgangspunkt i rapportens kapittel 13 og komme med merknader til de enkelte forslagene der.

Kapittel 13.1 Innledning

KS er positiv til at utvalget forsøker å identifisere sentrale forutsetninger for å kunne ta stilling til om pasienten er samtykkekompetent/beslutningskompetent eller ikke. KS er imidlertid ikke sikker på om fremstillingen av disse forutsetninger i fem søyler bidrar til dette. KS vil peke på at også psykisk helsevern er underlagt de grunnleggende saksbehandlingsreglene som følger av forvaltningsloven.

I rapporten kapittel 12 skriver utvalget at det mangler validert verktøy for kompetansevurderinger og at dette «*kan ha forringet kvaliteten på kompetansevurderinger og bidratt til praksisforskjeller*». Dette er i tilfelle et brudd på forvaltningsloven § 17 om at «*[f]orvaltningsorganet skal påse at saken er så godt opplyst som mulig før vedtak treffes*». Det er dette som i tilfelle må være den første søylen, og ikke «Brukermedvirkning og beslutningsstøtte». Man kan si at forvaltningsloven § 17 inngår i den tredje søylen, «Kompetansevurderinger av god kvalitet», men kompetansevurderinger av god kvalitet er bare en del av hva som inngår i forsvarlig opplysning av en sak.

KS er enig i at brukermedvirkning og beslutningsstøtte skal inngå i enhver beslutning. Det at brukermedvirkning og beslutningsstøtte skal inngå, sier imidlertid ikke noe om i hvilken grad det som fremkommer skal vektlegges. Skal søylene ha noen verdi, må det presiseres at selv om brukermedvirkning

alltid skal gjennomføres, er det ikke alltid man skal legge stor vekt på det som brukeren gir uttrykk for, se som eksempel nylig avsagt dom i Høyesterett, HR-2023-2018-A¹.

Det samme vil gjelde for pårørendeinvolvering. Noen ganger skal det legges stor vekt på hva pårørende har av opplysninger i saken, andre ganger ikke, se også her nevnte høyesterettsdom.

KS klarer ikke helt å se hvordan søylen «Helsehjelp til personer med forhøyet voldspotensial» passer inn i modellen, i alle fall ikke slik den er formulert. KS forstår ut fra kapittel 13.5.1 at søylen gjelder blant annet kompetanse i voldsforebygging og vurdering av farevilkåret. Det første vil være relevant ut fra at minste inngreps prinsipp-vurdering, der man tar stilling til om man kan håndtere en fare med andre virkemidler enn tvang, mens det andre vil være en del av vurderingen av om selve fare-vilkåret er oppfylt eller ikke. Å ha disse vurderingene i samme søyle, fremstår for KS ikke som en god pedagogisk løsning.

Søylen «Samhandling og frivillige behandlingsalternativer» sier ingenting om hvordan dette skal vektlegges i en vurdering av om pasienten er beslutningskompetent. Viser her til nevnte høyesterettsdom og hvor vesentlig dette er i vurderingen av om helsehjelp skal gis under tvang eller ikke.

KS mener en eventuell bruk av søyler, må skille mellom det å utøve helsehjelp og det å ta stilling til hvilken helsehjelp som skal gis.

De enkelte forslagene kommenteres løpende.

Kapittel 13.2 Brukermedvirkning og beslutningsstøtte

KS viser til at utvalget stiller seg bak uttalelsene i Prop. 147 L (2015–2016) om at «styrking av pasientenes selvbestemmelse og rettssikkerhet er viktige tiltak for å redusere bruken av tvang og for å få en riktigere bruk av tvang». KS mener det er viktig å redusere bruken av tvang, men dette må skje ved at helsevesenet utvikler metoder for behandling som ikke innebærer tvang. KS er ikke enig i at pasienter skal gis økt selvbestemmelse til å nekte behandling der vilkårene for tvang ellers er oppfylt. Det samme gjelder for rettssikkerhetsgarantiene; disse skal ikke endres ut fra et siktemål om å unngå tvang, Avgjørende må være om pasienten har beslutningskompetanse og om hensynet både til pasienten og andre tilsier at behandling skjer ved tvang.

«Utvalget mener det er behov for å klargjøre i hvilke tilfeller spørsmålet om beslutningskompetanse gjør seg gjeldende. Dette ligger til grunn for utvalgets anbefalinger og forslag til tiltak, særlig de juridiske. Flere av tiltakene presiserer eksisterende bestemmelser om samtykkekompetanse, særlig tiltak som omhandler nærmeste pårørendes rolle for å ivareta pasientens interesser når vedkommende mangler beslutningskompetanse. Utvalget mener det er særlig behov for å tydeliggjøre den eksisterende lovgivningen knyttet til nærmeste pårørende, som kan være en garantist for pasientens rettssikkerhet. Andre tiltak gjør nødvendige tilpasninger av lovverket knyttet til beslutningskompetanse, som å senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pbrl. § 4-3 andre ledd.»

Utvalget foreslår å erstatte samtykkekompetanse med beslutningskompetanse i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

Vurdering: KS mener det kan være et godt pedagogisk virkemiddel å endre fra begrepet samtykkekompetanse til begrepet beslutningskompetanse, ut fra målet om å synliggjøre at selvbestemmelsesretten gjelder både samtykke til og nektelse av helsehjelp. Utvalget viser til at begrepet samtykkekompetanse er innarbeidet, men samtidig viser utvalget til at det er utfordringer knyttet til hvordan man skal avgjøre om en pasient er samtykkekompetent eller ikke og at man derfor må få på plass et bedre beslutningsgrunnlag. Det å innføre et nytt begrep, kan bidra til å lette overgangen til nye vurderingsmodeller.

¹ <https://www.domstol.no/globalassets/upload/hret/avgjorelser/2023/oktober/hr-2023-2018-a.pdf>

KS er enig i at det må nye utredninger til før man innfører en ordning med beslutningsstøtte. Sentralt vil det være hvilket mandat støtte skal ha og hva som er formålet med støtten. Det er ikke gitt at dette reelt sett oppleves som en endring. Skal det være hjelp til å forstå sitt eget beste eller skal vedkommende være et ombud for det synet pasienten har? KS mener beslutningsstøtten må være noe annet enn å være et ombud for pasienten. Det må være mer nærliggende å se på ordningen som en vergeordning. KS støtter at det arbeides mer med frivillige alternativer til tvang og at sykdomsvilkåret i pasient- og brukerrettighetsloven erstattes med en diagnosenøytral bestemmelse. Flere kommuner peker på at det trengs en endret forståelse i samtykkevilkåret, og at vektingen av pasientens rett til helsehjelp må få større plass.

Kapittel 13.3 Pårørendeinvolvering

KS er positiv til at pårørendes rolle styrkes, men man må ta hensyn til at pårørende kan ha motstridende interesser til pasienten. Det er legitimt og noen ganger skal pårørendes interesser gå foran pasientens interesser, se for eksempel HR-2023-2018-A.

Kapittel 13.4 Kompetansevurderinger av god kvalitet

KS støtter alle tiltak som bidrar til forskningsbaserte kompetansevurderinger av god kvalitet. Utvalget anbefaler at helseforetakene, sammen med kommunene i sitt opptaksområde, får ansvar for å iverksette lokale tiltak rettet inn mot tvangsforebygging og implementering av faglige råd i egen organisasjon.

Vurdering: KS er ikke uenig i dette forslaget, men vil påpeke at nasjonale faglig råd også på dette feltet må gjøre vurderinger av virkninger for personellbehov. Det gjelder også de andre forslagene hvor utvalget foreslår at Helsedirektoratet får ansvar for å koordinere implementeringen av nasjonale faglige råd for forebygging av tvang i psykisk helsevern for voksne i alle deler av helsetjenesten. Det er fint at Helsedirektoratet får et ansvar for dette, men KS vil særlig peke på at det å involvere universitetene og høyskolene i dette arbeidet vil gi økt kvalitet. At forskjellige og uavhengige miljøer bidrar, gir et bredere erfaringsgrunnlag.

Utvalget foreslår å tydeliggjøre forståelsen av reglene om taushetsplikt for nærmeste pårørende når pasienter mangler beslutningskompetanse eller er til fare for andre. Utvalget påpeker at samtidig som pårørende kan ha viktig informasjon om pasienten for vurdering av farevilkåret, kan pårønderelasjonen ta skade og pårørende utsette seg selv for fare ved å uttale seg mot pasientens ønske. Utvalget mener videre at det er nødvendig at disse krevende spørsmålene hvor beslutningskompetansen melder seg, blir utredet nærmere som ledd i å sikre en bærekraftig kompetansebasert modell.

Vurdering: KS støtter dette.

13.4.4 Senke beviskravet fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig» i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 andre ledd

Vurdering: KS støtter at beviskravet for samtykkekompetanse senkes fra «åpenbart» til «overveiende sannsynlig». Dette vil i større grad ivareta de motstridende interesser som ofte er til stede i saker om psykisk helsevern under tvang.

13.4.5 Utvalget foreslår å presisere at konsekvensene av pasientens beslutning skal vektlegges i kompetansevurderingen. Begrunnelsen er at loven i dag er uklar jfr at de rettslige rammene for kompetansevurderinger ved nektelse av helsehjelp til dels er uklare etter dagens regelverk.

Vurdering: KS støtter at konsekvensene av pasientens standpunkt om å nekte helsehjelp skal vektlegges i kompetansevurderingen. Dette er særlig viktig der pasienten har mindreårige barn, men også i andre relasjoner.

13.4.6 Utvalget foreslår å endre vilkåret om manglende beslutningskompetanse for tvungen observasjon i psykisk helsevernloven § 3-2 nr. 3. Utvalget har argumentert her at det kan være utfordrende for faglig ansvarlig å foreta en grundig kompetanse- og farevurdering innen kravet på 24 timer. De argumenterer videre for at de foreslåtte tiltakene om å senke beviskravet for phvl. § 3-2 nr. 3 og pbrl. § 4-3 andre ledd delvis kompensere for disse utfordringene da det tillater større grad av usikkerhet knyttet til pasientens forståelse av sitt valg og spørsmålet om fare.

Vurdering: KS er i tvil om dette i tilstrekkelig grad vil imøtekomme det kommunene ofte har pekt på som en utfordring, nemlig at å innhente kommunene vurderinger om hvordan bruker fungerer i dagliglivet på sitt hjemsted ikke blir vektlagt, ofte av tidsnød. Kommunehelsetjenesten må involveres i saksbehandlingen. Kommunehelsetjenesten kan ha opplysninger som er avgjørende for hva som vil være riktig tiltak. Dette følger også av forvaltningsloven § 17 og har vært gjeldende rett siden 1967.

13.4.7 Utvalget åpner for å gi helsehjelp til personer uten beslutningskompetanse som ikke yter motstand i psykisk helsevern.

Vurdering: KS støtter utvalgets begrunnelser med de avveininger som er gjort.

13.4.8 Utvalget foreslår å presisere plikt til å vurdere behov for å innhente informasjon fra nærmeste pårørende, kommunehelsetjenesten og andre instanser ved vurdering av beslutningskompetanse og fare.

Vurdering: Dette har vært et vesentlig punkt for kommunal sektor, og KS støtter utvalgets forslag her.

Kapittel 13.5 Helsehjelp til pasienter med forhøyet voldspotensial

13.5.2 Utvalget foreslår å avklare ansvarsfordelingen og styrke samarbeidet mellom helse-, kommune- og justissektoren om personer med alvorlig psykisk lidelse med forhøyet voldspotensial.

Vurdering: KS støtter utvalget i at det er behov for en gjennomgang av ansvarsfordelingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten når det gjelder pasienter med forhøyet voldspotensial.

Kommunesektoren opplever i dag å måtte ta større ansvar enn det kommunesektoren mener følger av gjeldende rett.

De rapportene om alvorlige hendelser det henvises til viser tydelig behovet for en slik avklaring. Men det må også påpekes at ressursituasjonen for alle parter er ved siden av uklarhet rundt roller, en del av det som også må klargjøres.

13.5.5 Åpne for å gi taushetsbelagte opplysninger til samarbeidende personell eller helsepersonell som skal yte eller yter helsehjelp ved vurdert fare

Vurdering: KS støtter at reglene for taushetsplikt gjennomgås, slik at disse kan virke til beste for den helsehjelpen pasienten er i behov av. Videre også av hensyn til pårørende, andre og samfunnsvernet.

13.5.6 Utvalget foreslår å utrede hvordan bo- og behandlingstilbud for personer med alvorlig psykisk lidelse og forhøyet voldspotensial kan bedres.

Vurdering: KS er glad for at utvalget så tydelige foreslår avklaring om halvannen linjetjenester og sikkerhetshjem utredes. Det har kommunesektoren bedt om lenge.

Kapittel 13.6 Samhandling og frivillige behandlingsalternativer

Generelle vurderinger

Flere kommuner har over tid påpekt at utfordringene med ivaretagelse av pasientgruppen handler om rammebetingelser og særlig hos spesialisthelsetjenesten. Det er på bakgrunn av dette at KS i lang tid har påpekt behovet for flere døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. Det var også bakgrunnen for at KS satte i

gang arbeid med å kartlegge situasjonen i kommunesektoren noe som resulterte i rapporten «I grenseland, samfunnsvern og sikkerhetspsykiatri i et kommunalt perspektiv»²

Utvalget anerkjenner at manglende kapasitet i både døgninstitusjonene i psykisk helsevern og i oppsøkende polikliniske tilbud er den sentrale årsaken til utviklingen i det psykiske helsevernet det siste årene. De påpeker at kapasitetsøkning i tilbud spesifikt rettet mot denne pasientgruppen er det mest hensiktsmessige tiltaket for å øke frivillig behandling og redusere tvang i det psykiske helsevern. Rapporten «I grenseland» peker på utfordringen med samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten om personer underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD). Det er positivt at utvalget også her er tydelige på behov for avklaring grenseflater mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten.

Vi registrerer at flere kommuner er opptatt av at enkelte pasienter utgjør en alvorlig samfunnsrisiko uten å utøve vold. Som eksempel kan være handlinger med stort brannpotensiale, i boliger med flere boenheter. Dette bør også kunne være et likeverdig punkt i en vurdering av farekriteriet.

KS støtter tiltak for bedre samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. KS peker på at samhandlingen må anerkjenne at kommunene er selvstendige rettssubjekter som ikke er underlagt statlig instruksjonsmyndighet. Inngrep i det kommunale selvstyret kan bare skje med hjemmel i lov.

KS vil videre peke på prinsippene for oppgavefordeling mellom stat og kommune, der oppgaver tillagt kommunene forutsetter at kommunene har faglig og organisatorisk frihet til å avgjøre hvordan oppgavene skal løses.

Andre forhold

KS mener kommunene må få klagerett over vedtak i de tilfellene der vedtaket medfører at det er kommunehelsetjenesten som får ansvaret for pasienten. Kommunene må også ha rett til domstolsprøving etter lov om psykisk helsevern § 7-1, der konsekvensen av kontrollkomisjonens vedtak er at kommunehelsetjenesten får ansvaret for pasienten. Dette vil være et bidrag til å sikre korrekt helsehjelp til pasienten. Det kan ikke utelukkes at kontrollkomisjonen feilaktig tar til følge en klage fra pasienten om ikke å yte helsehjelp under tvang. Dette vil tilsvare retten kommunene har til domstolsprøving i saker om rusbehandling og barnevern, og begrunnelsen for rett til domstolsprøving i disse sakene vil gjelde like mye i saker om tvungent psykisk helsevern.

Kapittel 14 Økonomiske og administrative konsekvenser

KS vil gi honnør til utvalgets fremstilling av økonomiske og administrative konsekvenser. En tydeliggjøring av forslagene i en tabell er et eksempel til etterfølgelse for andre utvalg. Det er forståelig at økonomiske konsekvenser ikke er utredet, men særlig ressurser til kapasitetsøkning i psykisk helsevern, er et punkt som krever betydelig opptrapping for å realiseres, og hvor KS er tvilende til om de ressursene som hittil er foreslått vil være tilstrekkelige. KS forutsetter at nye oppgaver til kommunesektoren fullfinansieres. KS vil ellers vise til at nye oppgaver må sees i sammenheng med arbeidskraftbehovet, både i privat og offentlig sektor. Helsesektoren har et underdekket behov for helsepersonell framover og prioriteringer må skje ut fra et overordnet ståsted.

Med hilsen
Mari Trommald
Konst. Områdedirektør samfunn, velferd og demokrati

Åse L. Snåre
avd.dir. helse og velferd

² <https://www.ks.no/fou-sok/2023/224030/> KS FOU, Fafo rapport 06, 2023.

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur